QUESTIONS DE THÈSE

N° 22.

20.

TIRÉES AU SORT.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Exposer les lois de l'électrisation par frottement entre deux corps semblables ou différents.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des principales difformités du thorax.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quels sont le signe et le traitement des fistules du larynx et de la trachée?

SCIENCES MÉDICALES.

Quels sont les caractères symptomatologiques de la fièvre intermittente pernicieuse?

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 3 Mars 1841,

Par Emmanuel-Casimir Turle,
de l'ISLE (Tarn),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE F. GELLY, RUE ARC-D'ARÈNES, 1.

1841.

AUX MANES
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

Regrets éternels!

A MON ONCLE TURLE.

Toi qui depuis long-temps me combles de tes soins et de tes tendres sollicitudes, reçois aujourd'hui ces prémices de mon travail comme un faible dédommagement, et comme un sûr garant de mon éternelle reconnaissance.

A MES COUSINS.

Gage d'une amitié inaltérable.

A M. ÉDOUARD CROUZET,

MÉDECIN A L'ISLE D'ALBY.

Témoignage d'estime et d'amitié.

A mon Ami et Condisciple FRÉDÉRIC BASCANS.

Sympathie et dévouement.

E.-C. Turle.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Exposer les lois de l'électrisation par frottement entre deux corps semblables ou différents.

Pour le célèbre Franklin, le fluide électrique était *un*, chaque corps devait en posséder une certaine quantité; si ce fluide n'était plus en équilibre dans un système de corps, il en résultait les phénomènes qu'on observe tous les jours, mais qu'on explique différemment.

Symmer admet aussi un fluide naturel, dont la terre est le réservoir commun; mais par lui-même ce fluide n'a aucune propriété électrique: il est le résultat d'une combinaison neutre des deux autres, dans lesquels réside cette propriété: ces deux derniers sont appelés fluide positif et fluide négatif, ou fluide résineux et fluide vitré. Ces quelques mots étaient indispensables pour connaître les lois de l'électrisation par frottement entre deux corps semblables ou différents: il est inutile d'ajouter que la théorie de Symmer est adoptée généralement, et que c'est elle qui nous guidera dans l'exposition des lois de cette espèce d'électricité.

D'après cette hypothèse, tous les corps renferment une certaine quantité de fluide naturel: le frottement, le contact, la chaleur peuvent le décomposer; il est prouvé en même temps que les molécules du fluide

électrique de même espèce se repoussent, et que celles d'espèces différentes s'attirent.

Les corps, avons-nous dit, contiennent ces deux fluides en quantité indéfinie; s'ils ne jouissent pas des propriétés électriques, ou s'ils sont à l'état naturel, c'est que ces deux fluides y sont en égale quantité et à l'état de combinaison, et qu'alors les propriétés de l'un des fluides sont neutralisées par les propriétés de l'autre; s'ils sont électrisés, c'est que l'un des fluides est prédominant. Par le frottement, il y a décomposition du fluide naturel; l'un des fluides se trouve alors prédominant dans le corps frotté, et l'autre dans le corps frottant; dans ce cas, une partie du fluide positif du corps frotté passe dans le corps frottant, et une partie du fluide négatif du corps frottant passe dans le corps frotté.

On peut reconnaître facilement si un corps s'électrise par le frottement, en l'approchant du pendule électrique; si la boule de sureau s'éloigne de sa position d'équilibre, le corps est électrisé; si elle ne remue pas, c'est que le corps n'est pas électrisé ou l'est trop peu. Du reste, il ne faut pas oublier que les corps sont distingués en bons et en mauvais conducteurs de l'électricité, car les phénomènes qu'on obtiendra varieront suivant la conductibilité des corps. N'oublions pas aussi les deux espèces de fluide électrique. Deux corps par le frottement s'électrisent, mais l'un se charge d'une espèce d'électricité, l'autre de l'autre espèce. Qu'on examine, en effet, ce qui se passe du côté du pendule électrique, après le frottement de deux corps mauvais conducteurs ou bons conducteurs; si le pendule est à l'état naturel, il est attiré par les deux corps; s'il est électrisé, il est attiré par l'un des corps, repoussé par l'autre; les électricités développées sur le corps frotté et sur le corps frottant, sont toujours en égale quantité. Ainsi, deux disques de même étendue, isolés par des tubes de verre, et frottés pendant quelque temps, présenteront le phénomène suivant: si on les présente à un pendule électrique dans deux directions opposées et à la même distance, le pendule reste immobile sans être attiré ni par l'un ni par l'autre.

Enfin, l'espèce d'électricité qui se développe sur un corps dépend de sa nature et de celle du corps frottant; ainsi, un verre frotté avec de la laine ou de la soie, acquiert une électricité contraire à celle que lui communique

une peau de chat ou de loutre; deux corps de même nature électrisés par le frottement, peuvent acquérir une espèce d'électricité différente, selon leur couleur, leur degré de poli, le sens de la friction, leur température, etc.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des principales difformités du thorax.

La cavité thoracique est sujette à des déformations variées et multipliées; il est curieux sans doute de les étudier sous le rapport anatomique, de voir jusqu'à quel point les côtes, le sternum peuvent se dévier; mais ce n'est pas seulement sous ce point de vue que l'homme de l'art doit les envisager; ces difformités de la poitrine, portées à un certain degré, entraînent une gêne plus ou moins considérable dans la respiration et la circulation: il faut donc examiner avec soin les causes principales qui peuvent agir sur le thorax pour le déformer; car ce ne sera qu'en évitant ces causes, qu'on pourra se soustraire à ces difformités. Dans certains cas pourtant, le rétrécissement, l'affaissement d'un des côtés de la poitrine est utile, je veux parler de celui qui suit la guérison d'un épanchement de pus ou de sérosité. Heureux si dans ce cas, le malade voyait toujours ce rétrécissement survenir, preuve certaine d'une guérison complète.

Du reste, ces difformités peuvent être classées sous trois chefs principaux; nous étudierons d'abord les vices de conformation de la poitrine;

nous examinerons ensuite les différentes déformations, résultat d'une maladie des viscères contenus dans cette cavité splanchnique; nous verrons enfin celles qui surviennent secondairement par suite des différentes gibbosités de la colonne vertébrale.

1° *Vices de conformation de la poitrine.* Rarement on a rencontré des individus chez lesquels le thorax n'était pas entièrement développé et qui pourtant ont parcouru une longue carrière; le plus souvent ces arrêts de développement n'ont pu être observés que sur des fœtus ou des enfants; c'est ainsi qu'on a vu le thorax présenter en avant une fente plus ou moins large, qui avait permis au cœur de venir se loger sous la peau. Breschet, dans son mémoire sur l'ectopie de cet organe, cite le fait recueilli par Buttner, d'un enfant qui vécut environ quarante heures, et dont le cœur était logé dans une poche, sur le bord de laquelle venait s'attacher la peau du thorax; c'est encore à une pareille conformation qu'on doit rapporter l'observation citée dans les mémoires de l'Académie des sciences, d'un enfant mort-né, qui, dit-on, portait son cœur au-dehors, pendu à son cou comme une médaille. Il ne faut pas croire pourtant que la situation du cœur, immédiatement au-dessous de la peau, entraîne nécessairement l'inviabilité. Qui ne connaît l'observation recueillie par le célèbre Harvey? l'immortel auteur de la découverte de la circulation, qui présenta au roi d'Angleterre un jeune homme dont le cœur était placé immédiatement sous la peau: cet organe pouvait même être comprimé avec la main.

Il est une conformation de poitrine normale chez l'enfant, mais qui cesse de l'être chez l'adulte quand elle persiste: le développement considérable du thymus au début de la vie, le peu de volume des poumons à la même époque font que le diamètre antéro-postérieur du thorax l'emporte de beaucoup sur les autres diamètres. Plus tard, on observe tout le contraire; cependant, par suite de causes accidentelles, telles que des pressions latérales long-temps prolongées, etc., cette conformation peut persister. Cette forme de la cavité thoracique s'observe encore chez un assez grand nombre de phthisiques. Peut-on, dans ces cas, l'attribuer à l'atrophie des organes pulmonaires par suite du développement des tubercules?

C'est encore dans cette catégorie qu'il faut placer ces déformations de la poitrine qu'on observe si souvent chez les personnes du sexe; par suite de

l'usage malheureux des corsets, le thorax finit par perdre sa conformation normale ; il ne représente plus un cône à base inférieure ; une dépression plus ou moins considérable existe, dans ce cas, à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de cette cavité ; les poumons, le cœur sont comprimés, refoulés vers la partie supérieure, les viscères principaux de l'abdomen vers la partie inférieure ; mais cette déformation par elle-même serait de peu d'importance. Malheureusement ces personnes n'achètent les formes gracieuses de la taille, qu'à la condition le plus souvent d'être prédisposées à une foule de maladies plus ou moins graves ; aussi est-ce avec juste raison que beaucoup d'auteurs s'élèvent contre l'usage du corset.

Mais les maladies des viscères contenus dans la poitrine peuvent, avons-nous dit, amener des difformités plus ou moins considérables de cette cavité: c'est ce qui a été démontré par les travaux de Laënnec, Bayle, Delpech, etc. Car, à une époque encore peu éloignée de nous, on ne pensait pas que les rétrécissements du thorax pussent être attribués à de pareilles causes ; on accusait toujours, dans ces déformations, un vice congénital, qu'on a reconnu être assez rare de nos jours. C'est le plus souvent à la suite d'hydrothorax ou d'empyème qu'on a pu observer un affaissement considérable des côtes dans la partie correspondante à l'accumulation de sérosité ou de pus. Ce rétrécissement peut être encore le résultat de l'oblitération d'une grande caverne, suite de la fonte d'une masse tuberculeuse ou d'une vomique: ce dernier cas est très-rare ; quoiqu'il en soit, voici qu'elle est alors la forme de la poitrine : dans le cas de destruction d'un épanchement de pus ou de sérosité dans un des côtés de la poitrine, le malade ne guérit qu'à la condition de présenter, avons-nous dit, un rétrécissement plus ou moins considérable de ce côté ; dans ce cas, les côtes se portent en bas et en dedans, une suite nécessaire de cette dépression, c'est l'abaissement du sternum qui suit le mouvement des côtes, celles-ci forment un angle aigu avec la colonne vertébrale. Les cartilages sternaux sont tordus ; par cette inclinaison, les côtes de cette partie du thorax sont rapprochées entr'elles et forment des lignes obliques et presque verticales ; les épaules sont plus basses et les omoplates font une saillie considérable par leur bord interne et leur angle inférieur. L'individu atteint de cette déformation,

présente dans la station et dans la marche une courbure du tronc du même côté ; comme on le pense bien, il en résulte nécessairement plusieurs inflexions dans la colonne vertébrale, pour que l'équilibre du corps ne soit pas rompu, et que les mouvements s'exécutent librement; mais ces incurvations de la colonne épinière ne sont que passagères: c'est ce qu'ont vu Laënnec, Delpech. Allongé sur un plan droit et horizontal, le malade redresse son tronc : c'est ce qu'a vu le célèbre chirurgien de Montpellier, sur le tronc du nommé Sourat, connu sous le nom de *Squelette vivant*, et dont l'histoire est rapportée au long dans son Traité de l'Orthopédie; il est même rare que ces inflexions passagères entraînent une déformation des vertèbres. Ne voit-on pas d'ailleurs, tous les jours, le pied-équin céder à la ténotomie? Dans plusieurs de ces cas pourtant, la déformation du pied existait depuis quarante ou cinquante ans; certes, le pied ne serait pas revenu à son état normal après la section du tendon, si les os avaient été déformés.

Que si la déformation d'un des côtés de la poitrine est partielle à la suite de l'oblitération d'une caverne, l'affaissement des côtes est partiel, et la partie supérieure seule est ordinairement rétractée.

Parfois les côtes ne présentent aucune déformation qui existe alors seulement du côté du sternum ; ainsi, on a vu la partie supérieure être fortement déjetée en arrière. Delpech rapporte l'observation d'une jeune fille qui, à la suite d'une empyème entre le côté droit du péricarde et le feuillet pulmonaire de la plèvre correspondante, présenta une rétraction des quatre premières côtes de chaque côté et de la moitié supérieure du sternum, de telle manière, que dans le point correspondant des parties molles, existait une excavation étrange.

Nous avons ainsi étudié, sous le rapport anatomique, la difformité du thorax, suite de la guérison d'un épanchement de pus ou de sérosité ; mais par quel mécanisme les côtes, le sternum sont-ils ainsi entraînés en bas et en dedans? Si nous en croyons Delpech, dans toute accumulation de liquide dans l'intérieur de la poitrine, il survient une inflammation suppurative, dès le moment que l'organisme tend vers la guérison; par suite, il y a formation de tissu fibreux, de ce tissu qu'il appelle inodulaire, qui entraîne les côtes en bas et en dedans. Il n'y a pas de déplacement du côté du

corps des vertèbres, parce que le tissu fibreux n'a pas assez de force pour agir sur lui; telle est l'hypothèse admise par le célèbre chirurgien de Montpellier: qu'il nous soit permis de ne pas partager cette opinion. Ce tissu de nouvelle formation, est-il ici de même nature que celui qu'on rencontre dans les cicatrices à la suite de plaies? C'est ce que nous ne pensons pas.

Laënnec est plus près de la vérité. Selon nous, quand la guérison survient à la suite d'un épanchement pleurétique, il y a formation, il est vrai, de fausses membranes; mais celles-ci sont assez denses par suite de leur état fibreux ou fibro-cartilagineux, pour empêcher le poumon du côté malade de se dilater aussi bien qu'auparavant. Aussi voit-on à l'autopsie, dans un cas de rétrécissement, le poumon plus petit que l'autre et quelquefois comme charnu; cette partie de ce visère étant ainsi affaissée, les côtes sont très-éloignées de sa surface externe; elles sont là comme suspendues; il n'y a plus le mouvement de dilatation pour les tenir écartées. Est-il étonnant alors qu'elles s'affaissent, qu'elles reviennent sur elles-mêmes jusqu'à ce qu'elles se trouvent en contact avec ce poumon qui a subi un commencement d'atrophie? c'est là ce que nous pensons, car nous ne croyons pas, avec Laënnec, que les côtes s'affaissent, qu'un côté de la poitrine se rétrécisse, parce qu'il ne doit pas y avoir du vide dans l'organisation. Du reste, comme nous l'avons dit déjà, le malade doit s'estimer heureux de voir paraître ce rétrécissement, présage certain d'une guérison qui ne tardera pas à être complète; car il est prouvé maintenant, par une foule d'observations, que les individus qui présentent un côté de la poitrine ainsi rétréci, ne sont atteints d'aucun trouble, si ce n'est d'un peu de gêne dans la respiration.

Mais un liquide quelconque ne peut s'accumuler dans une des cavités thoraciques, sans en amener la dilatation; c'est ce qui a lieu, en effet, toujours à la suite d'un hydro-thorax ou d'un empyème. C'est alors qu'au lieu de rencontrer les côtes affaissées, rapprochées entr'elles, on les voit très-écartées les unes des autres, laissant par suite les espaces intercostaux beaucoup plus larges; c'est alors que tout le côté malade est bombé, et offre une ampleur beaucoup plus considérable que le côté sain. Dans ce cas, comme tout le monde le sait, le son est mât dans cette partie du thorax, la respiration ne s'y fait nullement entendre, excepté à la racine du pou-

mon, qui a été refoulé ordinairement de ce côté de la colonne vertébrale. Dans le cas de rétrécissement, le son est mât aussi; mais la respiration, quoique faible, se fait entendre le plus souvent, tandis que du côté sain il n'y a plus ce son mât, et la respiration se fait très-bien entendre, quelquefois plus prononcée qu'avant la maladie. Je ne parlerai pas de la voussure que peut présenter la région précordiale par suite d'un hydropéricarde, signe précieux quand il est réuni surtout à plusieurs autres symptômes.

Je passerai aussi sous silence la dilatation que présente parfois un des côtés de la poitrine par suite d'un emphysème pulmonaire. Les signes auxquels on peut reconnaître cette dilatation de celle qui est le résultat de l'épanchement d'un liquide, sont connus de tout le monde.

Arrivons aussitôt aux difformités de la poitrine qui sont secondaires, je veux dire qui surviennent par suite de déformations de la colonne vertébrale.

Cette tige osseuse est sujette à une foule de maladies qui entraînent malheureusement trop souvent des accidents mortels; dans les cas où la mort n'a pas lieu, la guérison est achetée au prix d'inflexions, d'incurvations plus ou moins étendues; deux affections surtout exercent fréquemment leurs ravages sur les vertèbres, je veux parler du rachitisme et du mal de Pott; mais ordinairement à la suite de cette dernière maladie, la colonne vertébrale présente surtout une inflexion plus ou moins considérable antéro-postérieure, il y a courbure à convexité postérieure, en un mot, il y a gibbosité proprement dite; dans le premier cas, au contraire, les inflexions, les incurvations sont sur les parties latérales, et ne font pas de saillie aussi prononcée que dans la gibbosité. S'il est important de distinguer ces différentes déformations par rapport au diagnostic différentiel de la maladie, il ne l'est pas moins par rapport aux difformités secondaires de la poitrine; car il est facile de prévoir *à priori*, qu'elles ne doivent pas être les mêmes dans les deux cas. Voyez en effet un individu atteint du mal de Pott, et qui na guéri qu'à la condition d'une gibbosité plus ou moins prononcée, il présente une poitrine très-mal conformée; si l'incurvation porte sur la partie moyenne de la colonne dorsale, les côtes qui correspondent à ces vertèbres seront entraînées en arrière, mais en même temps redressées dans leur longueur; celles qui sont situées au-dessus et au-

dessous seront au contraire repoussées en devant et présenteront souvent une courbure plus grande. Le sternum, tiré par des forces opposées, se laisse ordinairement plier dans sa longueur, et présente dans ce cas une courbure à concavité antérieure : cette difformité de la poitrine est inévitable dans ces incurvations de la colonne vertébrale. Delpech dit avoir vu différentes incurvations de la poitrine et de la tige osseuse vertébrale avoir lieu en sens contraire ; du reste, il est facile de concevoir combien, dans de pareilles circonstances, l'appareil respiratoire doit être gêné. Dans les inflexions latérales de l'épine, les côtes se déforment aussi ; mais ce n'est plus de la même manière ; celles qui correspondent à la convexité de la courbure sont comme enroulées par leur extrémité postérieure sur le corps des vertèbres déviées, qu'elles embrassent presque exactement. Du côté opposé, la courbure des côtes est effacée ; ces arcs flexibles sont repoussés en avant, se redressent et se rapprochent entr'eux. Le sternum est poussé vers le côté convexe, en même temps qu'il est projeté en devant. On conçoit, en outre, comment par suite de ces inflexions alternatives de l'épine, un des côtés de la poitrine peut s'abaisser au point de toucher presque la crête iliaque correspondante ; en même temps que les côtes correspondantes à la concavité de la courbure de la colonne vertébrale, sont rapprochées au point de se toucher, de s'unir même en entier par l'ossification de leur périoste respectif, on voit du côté convexe les côtes s'écarter les unes des autres. Cette déformation des côtes ne peut se faire sans que les ligaments qui les unissent aux vertèbres soient fortement tiraillés ; c'est alors qu'on trouve parfois à l'autopsie des productions osseuses étendues qui enveloppent la tubérosité, le col, la tête de la côte et l'apophyse transverse correspondante de manière à tout confondre. Et, dans ce cas, on peut croire que ces ostéïdes volumineux sont le résultat de l'inflammation du tissu fibreux des différentes parties que nous venons de mentionner.

Voilà sans doute des déformations considérables de la cavité thoracique : il est facile de connaître d'avance les changements qui se sont opérés du côté des viscères qui y sont contenus : nul doute qu'ils ne soient à l'étroit, qu'ils ne soient fortement comprimés ; la respiration, la circulation peuvent par suite être fortement embarrassées. Mais les viscères de l'abdomen doivent, eux aussi, se ressentir de ces difformités portées à un certain

degrés : aussi doit-on chercher partout les moyens possibles à conjurer l'orage, à détruire la cause de ces maladies fâcheuses.

Nous avons passé ainsi en revue quelques-unes des difformités du thorax : les principales seules nous ont occupé ; c'est ainsi que nous aurions pu parler de ce rétrécissement congénial d'un côté de la poitrine qui accompagne le développement d'un des côtés du corps entier. Les différences natives d'étendue et particulièrement de longueur, qu'on retrouve ainsi parfois dans toutes les parties d'un même côté, ont surtout été étudiées par Delpech : il faut donc ne pas oublier cet arrêt de développement qui prouve d'abord l'existence de l'homme droit et de l'homme gauche, mais qui fera disparaître toute idée de maladie antérieure, quand il sera bien reconnu.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quels sont les signes et le traitement des fistules du larynx et de la trachée.

Les fistules du conduit aérifère se présentent assez souvent dans la pratique et sont le résultat de causes variées qui nous occuperont tout-à-l'heure ; elles peuvent exister à la trachée-artère ou au larynx, au-dessus ou au-dessous de la glotte, distinction importante à faire, vu que les symptômes fournis pourraient être différents dans les deux cas ; en effet, les fistules qui sont situées au-dessous de la glotte entraînent nécessairement une aphonie complète. Boyer rapporte, d'après Van-Swieten, une observation très-intéressante : un soldat avait eu, dans un combat, plusieurs années auparavant, un morceau de la trachée-artère emportée par une balle ; les bords de la plaie ne purent se rapprocher et se réunir ; une fistule d'une assez grande étendue s'en suivit ; le malheureux demandait l'aumône en faisant voir une large ouverture qu'il avait à la trachée-artère et qu'il bou-

chait avec une éponge : alors il pouvait parler facilement ; mais aussitôt que le trou était ouvert, il perdait la voix.

Du reste ces fistules sont faciles à reconnaître, une ouverture plus ou moins large existe à la partie antérieure du cou dans le point correspondant au larynx ou à la trachée-artère ; si on ne la ferme pas, on peut voir l'air pénétrer et sortir alternativement par ce trou ; un stylet ne serait utile pour compléter le diagnostic, que lorsqu'il ne resterait qu'un petit pertuis, qui résisterait à tous les moyens mis en usage. On pourrait, dans ce cas, reconnaître la cause qui entretient ce petit point fistuleux. Nous avons vu que ces fistules pouvaient produire une aphonie complète, lorsqu'elles étaient placées au-dessous de la glotte, et que l'air s'en échappait avec facilité ; dans tous les cas, le son de la voix est changé, les malades ne peuvent se livrer à de grands efforts, s'ils n'ont pas soin de tenir l'ouverture fistuleuse fermée ; c'est, qu'en effet, alors l'air ne peut être retenu dans la poitrine : il sort malgré la volonté du malade. C'est un accident fâcheux, non pas dans ce sens, qu'il soit mortel, mais parce que les malades sont condamnés toute leur vie à boucher cette ouverture avec un emplâtre ou une plaque, et de porter la main à tout moment vers le cou pour que le bouchon ne remue pas ; c'est ce que nous avons pu voir sur un étudiant qui portait une fistule à la trachée-artère, à sa partie supérieure, une plaque servait à la boucher ; malgré cela sa voix était toujours faible, enrouée, et ce jeune homme était continuellement obligé de tenir sa main du côté du point fistuleux. Il serait donc important de pouvoir détruire ces ouvertures anormales ; plusieurs moyens ont été préconisés ; mais avant d'en parler, il nous semble convenable de nous arrêter un instant sur les causes qui peuvent les produire.

Celles-ci peuvent être internes ou externes ; je dois ici placer au premier rang la phthisie laryngée, rarement idiopathique ; celle-ci est le plus souvent symptomatique de la phthisie pulmonaire, c'est dire déjà que la chirurgie n'a rien à faire ici contre les fistules qui peuvent être la suite de pareilles lésions. Cependant, il est bon de connaître comment elles surviennent ; assez souvent c'est la carie qui s'empare d'un cartilage du larynx, ou d'un ou plusieurs anneaux de la trachée-artère : cette carie peut amener la perforation du conduit aérifère. Andral en cite un cas dans ses obser-

vations cliniques ; malheureusement ici tout traitement actif est inutile : des moyens palliatifs seuls peuvent être mis en usage. Mais ce n'est pas le plus souvent la carie qu'on observe dans la phthisie laryngée, plus fréquemment on voit survenir la nécrose d'une partie d'un cartilage : c'est ce qu'a observé Trousseau ; dans ce cas, il y a eu le plus souvent ossification préalable des points cartilagineux qui se sont nécrosés. Quelquefois pourtant la mortification d'un point du larynx ou de la trachée-artère a été la suite de l'inflammation de la muqueuse et du périchondre qui se sont détachés des cartilages, les ont dénudés ; à la chute de la partie mortifiée, une ouverture fistuleuse doit s'en suivre nécessairement, mais ici encore l'homme de l'art ne peut être que simple spectateur d'une maladie qui ne tardera pas à détruire l'organisme.

Il ne faut pas croire pourtant que la carie du larynx soit toujours le symptôme d'une phthisie avancée et qu'elle soit incurable ; la carie du conduit aérifère peut se développer sous l'influence d'une cause syphilitique, des ulcères vénériens ont envahi, en effet, plusieurs fois le larynx, ont pu même le perforer et établir ainsi une fistule aérienne. Nicolas Massa rapporte l'observation d'un prince français, qui commandait la citadelle de Milan, qui fut atteint d'un ulcère syphilitique au conduit aérifère, une fistule s'en suivit ; dans ce cas de carie, le traitement interne général doit précéder toute opération. Ce ne sera que tout autant que la carie aura été détruite, qu'on pourra en venir à un moyen chirurgical ; le mercure alors produira de bons effets. C'est ainsi qu'on peut expliquer certaines guérisons de phthisies laryngées par un traitement mercuriel ; en effet, on a vu un individu atteint de la carie du larynx, être guéri par l'administration de pilules de Sédillot, qui lui furent données par erreur. Cette guérison ne doit pas nous étonner, nous qui croyons à un principe virulent, cause de tous les symptômes syphilitiques.

Mais c'est surtout à la suite des plaies de la partie antérieure du cou que l'on voit s'établir des ouvertures anormales au larynx, ou à la trachée-artère, les plaies d'armes à feu en sont souvent la cause, comme nous l'avons déjà vu, mais aussi très-souvent l'arme tranchante du suicide amène le même résultat. Il n'est pas étonnant qu'une plaie d'arme à feu qui a détruit une partie du larynx ou de la trachée-artère, soit suivie d'une

fistule dans un de ces points, la réunion ne put pas avoir lieu, une portion cartilagineuse ayant été emportée ; mais ce qui doit étonner, c'est de voir de simples divisions d'un des points du conduit laryngo-trachéal être suivies de fistules ; il faut reconnaître pourtant que les plaies de la trachée-artère se cicatrisent avec facilité à moins d'une division complète : c'est surtout du côté du larynx et dans l'espace hyo-thyroïdien, dit-on, que la réunion est difficile à obtenir et que des trajets fistuleux peuvent par suite s'établir. La difficulté de la réunion d'une solution de continuité dans l'espace thyro-hyoïdien provient, dit Velpeau, de ce que les parties perdent facilement leur parallélisme, de ce que les matières qui s'écoulent empêchent la cicatrisation, de ce que la suture, ne peut guère être employée. Cette dernière opinion est celle qu'on professe généralement, qu'on trouve dans presque tous les ouvrages classiques ; la suture dit Boyer, a presque toujours causé des accidents graves, tels que la toux, la difficulté de respirer, déterminée par l'irritation et la tuméfaction inflammatoire de la membrane muqueuse de ce canal ; mais cette inflammation n'est-elle pas plutôt le résultat de la solution de continuité, et n'est-ce pas encore à la même cause, et non à la suture, qu'on aurait pu souvent attribuer l'exfoliation de ces cartilages et l'établissement d'une fistule ? Et dans d'autres circonstances, si une fistule est survenue, n'est-ce pas parce que la réunion des parties n'a pas pu avoir lieu à l'aide seulement de la position et des bandages unissants?

Un fait d'une grande importance s'est passé à l'Hôtel-Dieu St.-Eloi de Montpellier pendant l'année 1836 : je ne m'arrêterai pas à donner toute l'observation qu'on peut lire tout au long dans la Gazette médicale de Paris, et plus tard dans celle de Montpellier; qu'il me soit permis seulement de rappeler que, par suite d'une tentative de suicide, un individu présenta une grande plaie à la partie antérieure et supérieure du cou ; l'os hyoïde était séparé en entier du cartilage thyroïde, la paroi postérieure du pharynx se voyait facilement ; le chirurgien ne craignit pas de traverser le cartilage thyroïde par deux points de suture latéraux, l'anse du fil embrassait l'os hyoïde et le rapprochait du larynx, plusieurs autres points de suture réunissaient les parties molles; la section du cartilage par le fil n'eut pas lieu; la guérison

pût être complète. Nous avons pu observer pendant long-temps le malheureux Marquetti à la Maison des Aliénés ; il ne lui restait que de la raucité dans la voix : l'an dernier ce maniaque a succombé aux suites de sa maladie. L'examen du cou nous a montré deux cordons fibro-cartilagineux, verticaux, qui s'étendaient latéralement de l'os hyoïde au cartilage thiroïde ; ils se trouvaient dans le point où les anses du fil avaient été placées, peut-être que sans ses points de suture, la réunion n'aurait pas eu lieu, et une fistule aurait pu s'en suivre.

Mais ce n'est pas de nos jours seulement que des chirurgiens ont tenté la réunion des plaies du larynx ou de la trachée-artère : plusieurs exemples d'une pareille opération et d'un pareil succès, sont rapportés dans les mémoires de l'Académie de chirurgie ; un soldat des invalides se fait une large plaie au cou, le cartilage thyroïde est séparé du cricoïde, une autre petite plaie existe à la partie inférieure de la trachée ; dans ce cas, pour retenir le cartilage cricoïde, et le rapprocher du thyroïde, le chirurgien Bougrot le traverse avec un fil qu'il attache ensuite à la lèvre supérieure de la plaie, la suture est laissée pendant six jours, au bout desquels malgré l'agitation continuelle du malade et le peu de régime qu'il observe, la plaie du larynx se trouve presque complétement guérie. La réunion aurait-elle été si prompte sans la suture, surtout chez un malade si indocile et qui exécutait toujours des mouvements? Nous ne le pensons pas.

Ces quelques mots suffisent, je crois, pour prouver que le traitement des fistules du larynx et de la trachée-artère ne doit pas toujours être le même ; c'est ainsi que, dans une fistule de cause interne, le premier soin du chirurgien devra être de détruire cette cause avant de tenter aucune opération qui, sans cela, serait certainement sans succès ; mais il existe parfois des petits points fistuleux qui sont entretenus par un vice local, points fistuleux qui cèdent vite dès que ce vice a été détruit : tantôt les téguments et le tissu cellulaire qui entourent la plaie du larynx et de la trachée-artère se sont engorgés, endurcis et par suite la réunion ne peut se faire : les émollients feront naître ordinairement une suppuration abondante qui amènera et le dégagement de ces parties et la cicatrisation de la plaie ; tantôt il y a eu décollement de la

peau, résultat d'un abcès dont la plaie a été suivie, la compression pourra amener le recollement du tissu cutané; si ce moyen ne suffit pas, on agrandira l'ouverture par une incision dont l'étendue sera proportionnée à la longueur des sinus fistuleux; parfois il y a dénudation d'un ou de plusieurs cerceaux cartilagineux, dénudation qui rend fistuleuses les plaies de la trachée-artère; la guérison dépend de l'exfoliation de la portion cartilagineuse dénudée: cette exfoliation est l'ouvrage de la nature, mais on peut la prévenir et amener le développement de bourgeons nécessaires pour la guérison de la fistule, en râclant le cartilage avec une rugine ou tout autre instrument, et en détruisant ainsi toute la portion qui est affectée; mais quand la fistule est le résultat d'une perte de substance, elle est à peu près incurable, d'après la plupart des auteurs.

Presque toujours on se borne à un traitement palliatif pour remédier aux inconvénients attachés à l'existence de ces ouvertures anormales. Une éponge, dit Boyer, ou bien une petite pelotte de charpie molle renfermée dans du linge très-fin et trempée dans un mélange de cire et de blanc de baleine fondus ensemble, sert alors d'obturateur: ce moyen est le seul qu'on emploie le plus souvent; cependant, il n'est pas sans défaut; l'obturateur peut se déranger facilement, et nous avons déja vu que, pour éviter cet inconvénient, le malade devait tenir presque continuellement une des ses mains du côté du cou; il ne peut se déranger sans exposer l'individu à la perte de la voix et de la parole, aussi doit-on approuver, doit-on encourager tous les essais qui ont été tentés pour la destruction complète de pareilles fistules.

Larrey en a guéri plusieurs par un moyen bien simple; il a d'abord prolongé l'ouverture anormale en haut et en bas, les deux bords latéraux ont été ensuite ravivés et réunis: ce procédé est excellent et peut être très-bien employé quand la fistule est de peu d'étendue transversalement, car si l'étendue transversale est considérable, il sera impossible d'obtenir une réunion.

On pourrait encore, à l'exemple de Dupuytren, chercher à obturer l'ouverture en ramenant la peau circonvoisine en devant de la fistule; cette partie de tissus cutanés continuerait la paroi antérieure du conduit aérifère: ce moyen pourrait très-bien être mis en usage. Les mémoires

de l'Académie de chirurgie, fournissent d'ailleurs des exemples de destruction d'une partie des cartilages et d'une cicatrice ferme et adhérente à ces cartilages du larynx fournie par la peau ; c'est ainsi qu'Alary rapporte l'observation d'un individu qui, dans un délire frénétique, se porta plusieurs coups à la gorge ; une partie du cartilage thyroïde fut entièrement séparée du reste et extraite ; plus tard une autre portion s'exfolia et fut entraînée par la suppuration, la cicatrisation des parties et la guérison complète se fit aux dépens des parties molles antérieures qui adhérèrent fortement au larynx ; enfin, il est un dernier moyen qui a été mis en usage et préconisé ces dernières années, par M. Velpeau dans deux cas de fistules aériennes, existant entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Ce chirurgien a commencé par tailler un lambeau dans les parties molles voisines, a ravivé ensuite les bords de la fistule et à formé ainsi un bouchon qui a obturé l'ouverture anormale et qui a adhéré à tous les pourtours de cette ouverture. Ce procédé pourrait être mis en usage dans le cas de fistule au larynx lui-même ou à la trachée.

Malgré ces différents procédés essayés par d'habiles chirurgiens, malgré quelques cas de réussite, on voit encore beaucoup de personnes garder leurs fistules et se contenter d'un obturateur ; c'est qu'elles ne veulent pas se soumettre à une opération dont les résultats sont incertains.

SCIENCES MÉDICALES.

Quels sont les caractères symptomatologiques de la fièvre intermittente pernicieuse.

La fièvre intermittente pernicieuse doit être étudiée avec beaucoup de soin ; le plus souvent, en effet, le vrai praticien triomphera de cette

maladie grave dès le moment qu'il en aura reconnu son véritable caractère; c'est qu'il a dans ses mains un médicament vraiment héroïque dans ces circonstances: on doit voir qu'il s'agit du quinquina; mais il faut se hâter d'agir dans les accès malins, point de retard, point de lenteur, un moment d'hésitation peut être la cause de la mort du malade.

Nous allons donc examiner avec soin quels sont les véritables caractères symptomatologiques de cette fièvre; dans quels cas elle s'observe ordinairement, comment il est possible de la distinguer de toute autre maladie, de cette manière on pourra se faire un diagnostic assuré et sauver son malade.

A l'exemple de Torti, nous diviserons les fièvres intermittentes pernicieuses en deux classes; dans la première, nous placerons celles qui s'accompagnent de quelques symptômes graves et qui, par suite, menacent de devenir promptement fâcheuses: dans la seconde, qui, par un progrès plus ou moins rapide, tendent à dégénérer en continues, mais d'une manière incidieuse et maligne; c'est dans cette classe qu'il faut ranger ces fièvres qu'on serait d'abord tenté de regarder comme continues, mais qui s'en distinguent en ce qu'il y a des exacerbations et des rémissions bien distinctes. Nul doute, d'ailleurs, que ces fièvres rémittentes ne soient de même nature que les intermittentes, lorsque les exacerbations sont caractérisées pas des symptômes graves et insolites qui disparaissent ou s'amendent beaucoup pendant ces rémissions, lorsqu'elles existent à une époque et dans une localité où sévissent en même temps des fièvres intermittentes nombreuses. C'est ainsi qu'on les observe souvent dans les pays exposés aux miasmes marécageux; dans ce cas, on le pense bien, la constitution médicale régnante aide beaucoup le diagnostic. Morton a vu de ces fièvres rémittentes, dont le symptôme prédominant était une douleur pleurétique violente; les anti-phlogistiques étaient inutiles, auraient même été nuisibles: le quinquina produssait des effets merveilleux. Aussi doit-on bien étudier le type des maladies. Il n'arrive que trop souvent, en effet, de voir certaines affections résister à tous les moyens mis en usage, jusqu'à ce que le médecin-praticien reconnaisse que le type de la fièvre est de nature intermittente, et alors l'écorce du Pérou a bientôt rétabli le malade.

Examinons maintenant la fièvre intermittente pernicieuse qui s'accompagne de quelque symptôme grave, et qui peut devenir fâcheux. Torti divise cette classe en sept espèces.

1° La fièvre cholérique dyssentérique, c'est-à-dire celle dont les accès sont caractérisés par des vomissements et des selles abondantes; 2° celle qui est accompagnée d'un flux hépatique violent; 3° la cardilagique qui présente à chaque accès une douleur d'estomac extrêmement violente; 4° la diaphorétique dont chaque accès décide promptement une sueur très-abondante et communément froide; 5° la syncopale dans laquelle le malade éprouve des lypothimies, des syncopes par les causes les plus légères; 6° l'algide, dans laquelle le froid subsiste et les forces restent concentrées à l'intérieur durant tout l'accès; 7° la soporeuse ou apoplectique, qui ramène à chaque accès des affections graves de la tête. Qu'on ne pense pas que ce soient là les seuls symptômes graves et fâcheux qui peuvent se présenter dans une fièvre intermittente pernicieuse; d'autres phénomènes morbides peuvent accompagner et aggraver les accès malins; on voit survenir parfois comme une attaque d'épilepsie; d'autres fois toute la durée de l'accès est remarquable par un sentiment vif de froid intérieur, alors que la chaleur de la peau est très-considérable. Dans quelques cas, la fièvre intermittente pernicieuse s'accompagne d'une pleurésie ou d'une pneumonie grave. Morton, Alibert en rapportent plusieurs exemples; il s'est déclaré dans d'autres cas contraires des affections douloureuses, violentes, qui simulaient la douleur du rhumatisme ou de la goutte.

Je n'en finirais pas si je voulais parler de tous les symptômes graves qui peuvent se déclarer durant l'accès, il me suffira de rappeler qu'on a vu des fièvres intermittentes pernicieuses avec amaurose, avec les signes du tétanos, avec des mouvements convulsifs, etc.

Mais ces différents symptômes isolés ne peuvent suffire au médecin qui veut établir un diagnostic certain, et en induire des indications thérapeutiques précises. Il doit étudier avec soin les signes généraux qui peuvent indiquer la nature de la fièvre, il doit examiner l'état du paroxysme et celui de l'apyrexie; car dit J. Franck, parce qu'il sera survenu un paroxysme accompagné de quelques symptômes extraordinaires Il ne faut. pas se hâter de conclure à l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse,

surtout lorsque les malades ont le système nerveux très-irritable ; en pareil cas, la fièvre la plus bénigne peut présenter des symptômes effrayants ; cependant on peut croire à l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse dans les circonstances suivantes :

Ordinairement ces sortes de fièvres sévissent dans des localités où les fièvres intermittentes simples sont endémiques ou épidémiques parfois, où existent des marais d'où se dégagent des miasmes délétères. Ces fièvres intermittentes simples existent en même temps que les pernicieuses dans le pays : celles-ci se montrent aussi pendant certaines constitutions médicales régnantes ; car on ne peut nier qu'à certaines époques le genre intermittent ne soit établi d'une manière pernicieuse : les vieillards y semblent plus exposés. Ainsi, Morgagni appelle la fièvre intermittente soporeuse, la fièvre des vieillards. Ordinairement les symptômes de la malignité, assez faibles d'abord, vont toujours en prenant un caractère de violence plus prononcé ; il y a peu d'accord dans l'ensemble de ces phénomènes morbides, le pouls est ordinairement petit, faible, disparaît facilement sous le doigt qui le comprime, mais l'état apyrétique peut même faire soupçonner une fièvre intermittente pernicieuse. C'est que, dans ce cas, le pouls ne se relève pas, mais reste petit, misérable ; c'est qu'il y a prostration des forces inaccoutumées, tendance aux lypothymies, anxiété, sécheresse, rougeur de la langue, aridité du gosier. Ces signes généraux, joints aux symptômes graves qui caractérisent chaque accès, ne peuvent laisser de doute sur l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse, et le médecin doit se hâter d'agir et de donner le quinquina à des doses élevées.

Mais nous avons établi, d'après Torti, une seconde classe de fièvres intermittentes pernicieuses ; celles qui par un progrès plus ou moins rapide tendent à dégénérer en continues, mais d'une manière insidieuse et maligne ; c'est qu'en effet ces fièvres s'accompagnent d'un appareil de symptômes insolites, tels que mouvements convulsifs, soubresauts des tendons, prostration des forces, avec délire ou état comateux. Qu'on ne confonde pas ces fièvres avec celles qu'on nomme communément fièvres subintrantes bénignes. Celles-ci ne ressemblent aux premières que par le rapprochement de leurs accès qui, du reste, n'ont rien de changé dans leur développement, ne présentent rien d'anormal, rien d'insolite. C'est

ainsi que Sydenham observe que, lorsque les fièvres intermittentes d'automne débutent de bonne heure, comme par exemple, au commencement de juillet, il arrive assez souvent qu'elles marchent sous l'apparence de fièvres continues, quoique réellement intermittentes et commes telles, capables de céder au quinquina. Outre les symptômes graves qui accompagnent ordinairement ces fièvres pernicieuses, il ne faut pas oublier le caractère des accès; le début et la fin existent à peine, tandis que la période d'état est d'une durée très-longue; enfin, il en est de ces fièvres qui d'abord franchement intermittentes, ne tendent à la continuité qu'au quatrième ou cinquième accès. D'autres, au contraire, tendent au type continu dès l'invasion de la maladie. Qu'on n'oublie pas cette division; elle est importante pour le traitement: car, si dès le début l'écorce du Pérou n'est pas administrée, la fièvre passera à l'état continu, et ce remède héroïque sera sans effet.

Nous terminerons ces quelques mots par une observation remarquable de fièvre intermittente pernicieuse subintrante, qui est venue compliquer une fièvre nerveuse lente; on remarque, dans ce moment à St-Éloi, un grand nombre de fièvres intermittentes simples, mais c'est surtout chez les soldats du 2e leger; ce ne sont que des récidives de la même maladie qui, plusieurs fois, les avaient atteints en Afrique. C'est dans ce pays surtout que le genre intermittent peut être étudié aujourd'hui sous toutes ses formes, d'après l'aveu de presque tous les médecins militaires qui ont vécu avec notre armée; les fièvres intermittentes viennent compliquer presque toutes les maladies qui se déclarent dans ce pays; dans quelques cas, la maladie à type intermittent suit une marche pernicieuse, et les malades ne trouvent leur salut que par l'administration de fortes doses de quinquina.

Le 14 janvier 1841, est entré à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi un lieutenant du 2e léger; il est couché au N° 6 de la salle des officiers: ce malade présente l'état suivant:

La figure a un air hébété; elle est pâle, sans expression; il y a du malaise, de l'agitation; le pouls est petit, lent, moins fréquent qu'à l'état normal; la peau froide. M. Ravon ne répond pas directement aux questions qu'on lui adresse, où bien ses réponses sont brusques. Les différentes

cavités sont examinées, tout paraît en bon état; seulement, douleur du côté de l'épigastre. Cependant la langue est blanchâtre, sans rougeur, constipation ; deux jours se passent dans cet état, avec des chaleurs fugaces, qui reviennent par moments; la soif est nulle, et à peine si dans le courant de la journée un peu de liquide est ingéré; le moral paraît très-affecté.

Si nous en croyons ses réponses, ce lieutenant aurait été mis aux arrêts avant sont entrée à l'hôpital. Serait-ce la cause qui aurait agi sur son moral? c'est possible; mais ce qu'il y a de certain, c'est que ce brave militaire a été plusieurs fois atteint, en Afrique, de fièvres intermittentes, qu'il lui est même arrivé quelquefois d'aller à l'ennemi, alors qu'il était pris de la fièvre.

Le médecin croit d'abord que des chagrins seuls tourmentent le malade, que le moral seul est affecté ; cependant il ne tarde pas à reconnaître une fièvre lente nerveuse; le 16, cet officier présente le même état; mais le soir, vers les 7 heures, des sueurs se déclarent, sur tout du côté supérieur du corps ; le pouls reste pourtant petit et lent; il survient du délire, de l'agitation; des vésicatoires avaient été appliqués aux membres inférieurs; le malade se lève, les enlève; il se plaint qu'on lui a enlevé les habits; toute la nuit se passe dans cet état, et le matin 17 le délire persiste quoique moins fort. Des vésicatoires avaient été déjà appliqués aux quatre membres; pour chercher à ranimer les forces, on prescrivit, en même temps une infusion d'arnica, des potions éthérées; mais ces sueurs, ce délire qui a duré toute la nuit et une partie de la journée, les circonstances antérieures, tout montre qu'il y a des accès pernicieux subintrants ; la nécessité de l'écorce du Pérou est démontrée: une potion avec douze grains de sulfate de quinine est prescrite; le malade ne l'avale pas en entier. Le soir, à la même heure, sueurs et délire qui durent aussi long-temps que la veille; le 18 janvier, vingt grains de sulfate de quinine sont prescrits en deux fois ; les deux potions sont bien avalées : aussi le soir le malade est tranquille, plus d'accès, plus de délire. Pendant deux ou trois jours, on continue à donner la quinine; les accès ne se reproduisent plus, mais la lenteur du pouls continue, la peau est toujours fraîche plutôt que chaude; l'intelligence n'est pas encore bien revenue; on donne du bouillon, du vin sucré,

des potions avec du sous-acétate d'ammoniaque; cependant les idées reviennent. M. Ravon demande une convalescence, qui lui a été promise par le médecin militaire; il désire des aliments; la peau n'est pas aussi fraîche, le pouls se relève; cependant les mêmes moyens sont encore continués. Aujourd'hui 28, le malade se trouve très-bien; les idées sont presque complétement revenues, l'affaissement a cessé, le pouls s'est relevé, la peau a sa chaleur normale, tout enfin fait espérer une guérison prochaine.

La complication d'accès subintrants était, ce nous semble ici, bien certaine; ce délire, qui durait toute la nuit et une partie de la journée, ces sueurs, les fièvres intermittentes antérieures dont avait été atteint plusieurs fois ce militaire, ne pouvaient laisser dans le doute; les indications étaient précises, et le résultat a prouvé qu'on ne s'était pas trompé; d'ailleurs, l'écorce du Pérou ou mieux son principe immédiat étaient d'autant mieux indiqués, qu'ils pouvaient agir, non-seulement comme fébrifuges, mais encore comme toniques.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM.	CAIZERGUES, Doyen	Clinique médicale.
	BROUSSONNET	Clinique médicale.
	LORDAT	Physiologie.
	DELILE	Botanique.
	LALLEMAND	Clinique chirurgicale.
	DUPORTAL, *Président*	Chimie médicale et Pharmacie.
	DUBREUIL	Anatomie.
	DELMAS	Accouchemens.
	GOLFIN	Thérapeutique et Matière médic.
	RIBES	Hygiène.
	RECH	Pathologie médicale.
	SERRE	Clinique chirurgicale.
	BÉRARD	Chimie générale et Toxicologie.
	RÉNÉ	Médecine légale.
	RISUENO D'AMADOR, *Exam*	Pathologie et Thérapeut. générales
	ESTOR	Opérations et Appareils.
	BUISSON	Pathologie externe.

Professeur honoraire, M. Aug.-Pyr De CANDOLLE.

Agrégés en exercice.

MM.	VIGUIER	MM.	JAUMES.
	BERTIN.		POUJOL.
	BATIGNE.		TRINQUIER, *Exam*
	BERTRAND, *Exam.*		LESCELLIER-LAFOSSE.
	DELMAS fils.		FRANC.
	VAILHÉ.		JALAGUIER.
	BROUSSONNET fils.		BORIES.
	TOUCHY.		

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbatnon.